

УДК: 617.581:616-085+616.849+616-053.2

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ДИСПЛАЗІЇ КУЛЬШОВИХ СУГЛОБІВ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ ЗА ДАНИМИ РЕНТГЕНОГРАФІЇ

Спузяк М.І.¹, Шармазанова О.П.¹, Лисенко Н.С.¹, Лопіна Т.О.¹,
Корольков О.І.², Оніщенко О.В.²

¹Харківська медична академія післядипломної освіти,
кафедра променевої діагностики;

²ДУ "Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка АМН України",
м. Харків, Україна

Дисплазія кульшового суглоба (ДКС) є вродженим порушенням його розвитку та відноситься до групи захворювань хребта та суглобів, зумовлених спадковою схильністю [5,10]. Порушення розвитку охоплює всі елементи КС: кульшову западину (КЗп), проксимальний відділ стегнової кістки (ПВСК), оточуючі м'які тканини (м'язи, зв'язки, капсулу, нерви, судини) та полягає у недорозвиненні, або в неправильному розвитку елементів суглоба. За даними одних авторів [8], вроджений вивих та підвивих стегна (ВВС та ПВС) як один із крайніх проявів ДКС зустрічається у 0,5-1,5% новонароджених, інші автори спостерігали означену патологію з частотою від 5 до 16% [1, 3], за даними ультрасонографічної діагностики ознаки дисплазії КС виявляються від 200 до 300 випадків на 1000 новонароджених [2, 9, 12]. Методи лікування ДКС — консервативні та хірургічні, вибір методу залежить від віку дитини та характеру анатомо-функціональних змін у суглобі. Методи консервативного лікування засновані на застосуванні різних засобів для відведення (абдукції) стегон (шин, подушок, стремен, апаратів тощо). Методи хірургічного лікування дітей ДКС розділяють на 3 групи: радикальні, коригуючі та паліативні [4, 6, 13]. Одним із основних методів динамічного спостереження за хворими залишається рентгенографія.

Мета дослідження. Оцінка результатів консервативного лікування дисплазії кульшових суглобів у дітей до 3 років за даними рентгенографії.

Матеріал та методи

Проведено дослідження динаміки розвитку кульшових суглобів у 35 пацієнтів дитячого відділення патології хребта і суглобів Інституту ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України віком від 3 місяців до 3 років з ДКС. Серед досліджуваних пацієнтів було 26 дівчаток і 9 хлопчиків. Досліджуваних хворих розподілено на 2 групи: I група – від 3 міс. до 1 року (середній вік — 6,3±2,9 місяців) — 24 особи, II група – від 1 року 1 міс. до 3 років (середній вік — 21,0±7,8 місяців) — 11 осіб. Спостереження за пацієнтами здійснювалось протягом 1 року від початку лікування. До госпіталізації в Інститут попереднього лікування пацієнтам не проводилось.

Досліджуваним хворим виконувалась оглядова рентгенографія таза до лікування і після його початку, за рентгенограмами проводився аналіз взаємовідношень елементів суглоба, визначення основних рентгенограмометричних показників КС (кількісна оцінка): ацетабулярний кут (АК): в нормі 25-30° у віці від 3 міс., 18-20° у дітей віком 1-3 роки; кут нахилу площини входу у западину (кут Шарпа — КШ) – в нормі 31-42°; кут Віберга (КВ): до 1 року – 7-18°, у 2-3 роки – 20-29°, шийково-діафізарний кут: 1-3 роки – 140-145° [7, 11]. Крім того, нами був проведений рентгенологічний аналіз якісних показників кісткових елементів суглоба за наступними даними: стан даху КЗп, ступінь осифікації ядра скостеніння голівки стегнової кістки (ГСК), форма ПВСК, структура кісткових елементів суглобових кінцівок (наявність або відсутність вогнищ кісткоподібної перебудови, склерозу ПВСК та даху КЗп, ущільнення зовнішнього краю клубової кістки тощо). Після клініко-рентгенологічного дослідження всім пацієнтам було розпочато консервативне лікування – закрите вправлення підвивиху або вивиху із подальшою фіксацією гіпсовою пов'язкою, шиною або стременами: строки іммобілізації становили від 6 до 12 місяців (рис. 1).

Результати дослідження

При первинному рентгенологічному дослідженні в усіх пацієнтів визначались якісні та кількісні ознаки ДКС: недорозвинення даху КЗп, що проявлялось збільшенням ацетабулярного кута; недостатньою вираженістю або відсутністю фізіологічної увігнутості КЗп та склерозу даху КЗп; зменшення довжини даху, потовщення зовнішнього відділу замикальної пластинки даху, ущільнення структури, локальне вдавнення зовнішнього краю тіла клубової кістки, відхилення з боку ПВСК — відсутність ядра скостеніння ГСК у віці старше 9 місяців (у 3 осіб — 12,5% I групи та 2 осіб — 18,2% II групи), гіпоплазія ядра голівки стегнової кістки з її деформацією переважно у медіальному відділі, збільшення ШДК, латеропозиція та децентрація ГСК (рис. 2).

У I групі за ступенем дисплазії хворі розподілялись таким чином: ознаки дисплазії без порушення співвідношень у суглобі (I ступінь) – 2 дітей (8,3%),



Рис. 1. Рентгенограма таза хворої К., 8 міс. ДКСтан після закритого вправлення вивиху стегон, фіксація гіпсовими пов'язками. Визначається недорозвинення даху КЗп з обох боків: АК справа 36°, зліва 44°; відсутність фізіологічної увігнутості КЗп та зменшення довжини даху, відхилення з боку ПВСК — відсутність ядер скостеніння ГСК, збільшення ШДК з обох боків – справа 162°, зліва 170°



Рис. 2. Рентгенограма таза хворої П., 1,5 роки. ДКС, вивих правого стегна. Недорозвинення даху КЗп — АК D=37°, S=30°; відсутність ядра скостеніння ГСК, ШДК справа 162°, зліва 150°

підвивих стегна (II ступінь) – 16 дітей (66,7%), вивих стегна (III ступінь) – 6 пацієнтів (25,0%) (рис. 3).

У всіх пацієнтів II групи ДКС супроводжувалась порушенням співвідношень у суглобах: підвивих мав місце у 6 осіб (54,5%), вивих – у 5 осіб (45,5%). У 2 пацієнтів з кожної групи (8,3 та 18,2% відповідно) до лікування виявлені ознаки патологічної перебудови у вигляді кістоподібних вогнищ просвітлення переважно голівки, а також шийки стегнової кістки, в 1 особи (9,1%) II групи визначались ознаки формування неоартрозу між голівкою стегна та крилом клубової кістки (рис. 4).

Основною метою лікування ДКС з вивихом або підвивихом стегна є відновлення нормальних співвідношень кісткових елементів суглоба, що разом з адекватним функціональним навантаженням сприяє в подальшому нормальному розвитку та «дозріванню» всіх елементів КС, які неодмінно захоплені у диспластичний процес. Тому ефективність проведеного лікування нами оцінювалась за



Рис. 3. Рентгенограма таза хворого Б., 1 рік. ДКС, вивих лівого стегна. Визначається недорозвинення даху КЗп зліва – АК 36° (справа 20°); відсутність фізіологічної увігнутості КЗп та зменшення довжини даху, потовщення зовнішнього відділу замикальної пластинки даху, ущільнення структури, відхилення з боку ПВСК — гіпоплазія ядра ГСК, ШДК справа 166°, зліва 168°



Рис. 4. Рентгенограма таза хворої Ч., 2 роки 3 міс. ДКС, двобічний надацетабулярний вивих обох стегон. Визначається недорозвинення даху КЗп з обох боків: АК справа 36°, зліва 48°; відсутність фізіологічної увігнутості КЗп та зменшення довжини даху зліва, відхилення з боку ПВСК — гіпоплазія ядер ГСК, збільшення ШДК – справа 166°, зліва 162°

головними параметрами – центрація ГСК та усунення дисконгруентності у КС.

Під час аналізу результатів лікування пацієнтів I групи на контрольних рентгенограмах, які були виконані через 6-12 місяців від початку лікування, визначалось повне усунення зміщень у суглобах у 13 пацієнтів (81,3%) з підвивихом стегон; у 2 осіб з дисплазією I ступеня співвідношення у суглобах залишались правильними. Таким чином, у 15 осіб (62,5%) I групи результати лікування можна визнати позитивними (група I-a) з точки зору відновлення або збереження нормальних анатомічних співвідношень у суглобах.

При рентгенологічному аналізі КС дітей підгрупи I-a отримані такі дані:

- 10 пацієнтів (66,7%) – розвиток ядра скостеніння стегнової кістки відповідно до віку, нормальна структура та відсутність деформацій кісткових елементів суглоба;
- 4 пацієнта (26,7%) — гіпоплазія або нерівномірна деформація ГСК;
- в 1 (6,6%) дитини залишились ознаки патологічної перебудови ГСК (кістоподібні просвітлення та вогнища ущільнення структури).

У 9 осіб (37,5%) I групи, серед яких із підвивихом було 5, із вивихом – 4 пацієнта, в процесі лікування зміщення у суглобах повністю не усунене, проте вираженість дисконгруентності у суглобах зменшувалась, через 6-12 місяців від початку лікування у дітей даної підгрупи (I-б) виявлялись помірне зміщення (децентрація) або підвивих стегна. При рентгенологічному аналізі елементів суглобів дітей підгрупи I-б отримані такі дані:

- 4 особи (44,5%) – немає змін кісткової структури, деформацій тощо;
- 3 (33,3%) – патологічна перебудова ГСК;
- 2 (11,1%) – відсутність ядра голівки стегнової кістки (рис. 5, 6).

При аналізі ефективності лікування 11 пацієнтів II групи (діти віком 1-3 роки) позитивний результат отриманий лише в 1 дівчинки (9,1%), вдалося відновити нормальне просторове положення кісток суглоба, проте при контрольному рентгенологічному дослідженні через 1 рік від початку лікування визначались поодинокі кістоподібні вогнища в ГСК, тобто її патологічна перебудова. Ще в 1 дівчинки (9,1%) співвідношення у суглобах були відновлені, проте ядра скостеніння голівок стегнових кісток не візуалізувались (рис. 7).

У решти 9 дітей (81,8%) даний вид лікування виявився неефективним, тобто конгруентність у КС повністю не відновлена. Рентгенологічно у 4 дітей (36,4%) визначалась нормальна структура, відсут-

ність деформації суглобових кінців, у 4 дітей (36,4%) – ознаки патологічної перебудови голівки стегнової кістки (рис. 8), в 1 дитини (9,1%) – неоартроз між ГСК та крилом клубової кістки.

Дані щодо порівняння частоти патологічних змін елементів суглоба у пацієнтів обох груп представлені в табл. 1.

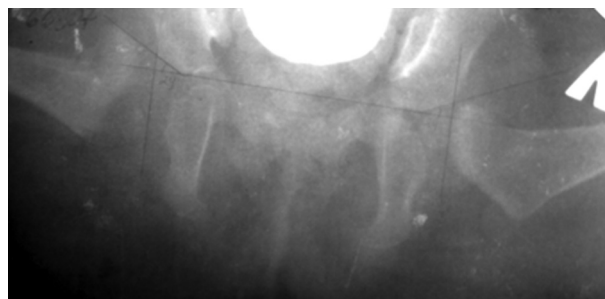


Рис. 6. Рентгенограма тієї ж хворої через 2 місяці після закритого вправлення вивиху правого стегна. Визначається зменшення АК справа до 24°, проте зберігається вивих правого стегна, відсутність ядра скостеніння ГСК



Рис. 7. Рентгенограма тазу хворої К., 1 рік 2 міс., через 6 міс. після усунення вивиху стегон, фіксація у відповідній шині-ліжку. Визначається дорозвинення даху КЗп з обох боків (АК справа 26°, зліва 20°); з'явилась фізіологічна увігнутість КЗп, голівка лівої стегнової кістки центрована у КЗп, проте спостерігається відсутність ядра скостеніння голівки правого стегна

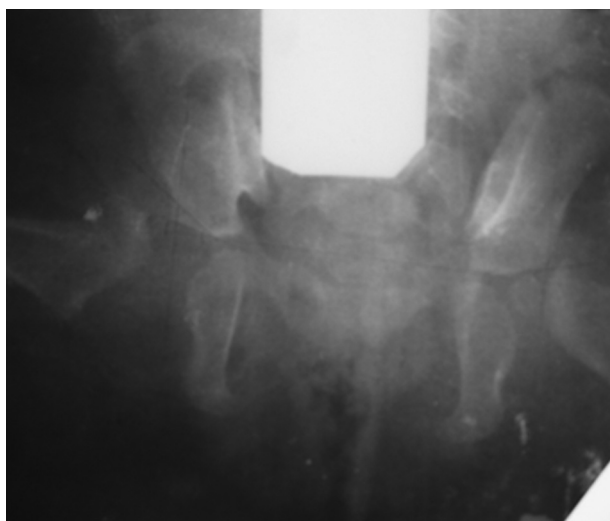


Рис. 5. Рентгенограма тазу з відведенням стегон хворої К., 11 міс. ДКС, вивих правого стегна догори і назовні. Визначається недорозвинення даху КЗп справа 36° (зліва 24°); відсутність фізіологічної увігнутості КЗп та зменшення довжини даху, ущільнення структури по зовнішньому краю КЗп, відсутність ядра ГСК



Рис. 8. Рентгенограма тазу хворої Т., 2 роки 10 міс. ДКС, стан після консервативного лікування. Патологічна перебудова ГСК справа, підвивих правого стегна

З табл. 1 видно, що у молодших пацієнтів відсутність патологічних змін структури кісток визначається частіше, ніж у дітей, лікування яким розпочато після 1 року.

Динаміка основних рентгенограмометричних показників КС у пацієнтів обох груп представлена у табл. 2-4.

Дані табл. 2 свідчать про те, що значення усіх показників до лікування відхилялись від норми: АК 25-30° у віці від 3 міс., 18-20° у дітей віком 1-3 роки; КШ 31-42°; КВ: до 1 року – 7-18°, у 2-3 роки – 20-29°; шийково-діафізарний кут: 1-3 роки – 140-145°. В процесі лікування спостерігається зменшення значень АК до нормальних, що свідчить про відновлення покрівлі, проте КШ при його зменшенні не досягає нормальних показників. КВ вірогідно збільшувався.

При аналізі даних, представлених в табл. 3, спостерігалась тенденція до зменшення значень АК, однак його величини були більшими, ніж у підгрупі I-а. Вірогідно, збільшувався КВ, але його значення

були достовірно меншими за нормальні показники. КШ практично не змінювався.

Як свідчать дані табл. 4, значення КШ вірогідно, змінювались протягом лікування, решта показників, вірогідно, відхилялись від вікових значень норми практично без зміни до і після лікування.

Як свідчать дані табл. 4, тільки значення КШ зліва, вірогідно, змінювалось протягом лікування, решта показників відрізнялись від вікових значень норми, проте динаміка їх змін не є достовірною.

Висновки

1. Консервативне лікування ДКС є найбільш ефективним у дітей віком до 1 року, при цьому позитивний результат лікування має прямий зв'язок із ступенем дисплазії.
2. У пацієнтів віком до 1 року, лікування в яких було успішним, у більшості випадків (66,7%) зберігається нормальна кісткова структура елементів суглобів.

Таблиця 1

Стан кульшових суглобів у процесі лікування

Стан КС	Група I		Група II	
	n	%	n	%
Нормальна структура, форма, розміри елементів КС	14	58,3	4	36,4
Патологічні зміни елементів КС	10	41,7	7	63,6
Всього	24	100	11	100

Таблиця 2

Динаміка рентгенограмометричних показників кульшових суглобів у пацієнтів I-а групи

Показники	До лікування		Через 6 міс. від початку лікування		Через 1 рік від початку лікування	
	справа (°)	зліва (°)	справа (°)	зліва (°)	справа (°)	зліва (°)
АК	32,0±2,3	33,5±4,2	28,6±4,2	30,3±2,1	26,7±3,2	27,3±3,3
КШ	52,0±4,0	50,7±4,4	49,1±4,8	50,0±3,0	45,3±3,4	44,1±2,7*
КВ	4,0±2,9	5,2±3,3	13,0±3,3*	14,5±2,3*	14,3±3,3*	14,2±3,8*

* — достовірна різниця між показниками до лікування і після його початку (*<0,05)

Таблиця 3

Динаміка рентгенограмометричних показників кульшових суглобів у пацієнтів I-б групи

Показники	До лікування		Через 6 міс. від початку лікування		Через 1 рік від початку лікування	
	справа (°)	зліва (°)	справа (°)	зліва (°)	справа (°)	зліва (°)
АК	32,0±2,6	33,2±2,7	28,2±2,7	29,5±2,9	29,2±1,4	29,8±2,4
КШ	46,6±4,1	56,7±3,1	47,3±4,8	56,3±4,0	48,5±4,8	55,5±1,9
КВ	3,0±2,2	2,7±1,1	5,6±1,3	6,0±2,0*	8,2±2,6*	7,4±2,6*

* — достовірна різниця між показниками до лікування і після його початку (*<0,05)

Динаміка рентгенограмометричних показників кульшових суглобів у пацієнтів II групи

Показники	До лікування		Через 6 міс. від початку лікування		Через 1 рік від початку лікування	
	справа (°)	зліва (°)	справа (°)	зліва (°)	справа (°)	зліва (°)
АК	32,1±2,3	27,7±2,7	32,7±2,7	25,5±3,6	31,7±1,4	30,2±2,4
КШ	51,6±5,0	58,0±2,1	49,3±3,3	56,8±2,0	49,5±3,5	52,5±2,9*
КВ	1,9±0,5	1,2±0,3	1,5±1,3	2,0±0,8	1,8±0,6	2,2±1,3

* — достовірна різниця між показниками до лікування і після його початку (*<0,05)

- Спостерігається позитивна динаміка рентгенограмометричних показників у дітей з ДКС, виявлена достовірна різниця значень КШ і КВ в процесі лікування.
- Своєчасна оцінка динаміки клініко-рентгенологічних показників при ДКС сприяє проведенню успішного, ефективного лікування, результат якого залежить як від вираженості диспластичних змін у суглобі, так і від віку пацієнта.
- Нормалізація рентгенограмометричних даних у процесі лікування свідчить про «дорозвинення» КС. У випадку відсутності позитивної динаміки кількісних показників розвитку КС протягом 1 року (збереження децентрації та прогресування підвивиху стегна) необхідно розглядати показання до виконання позасуглобових втручань на КЗп та ПВСК.

ЛІТЕРАТУРА

- Алиев М.Д. Асептический некроз головки бедренной кости после консервативного лечения врожденного вывиха бедра у детей (Клиника, диагностика, лечение) // Дис. канд. мед. наук. – М., 1987. — 205 с.
- Вовченко А.Я. Роль УЗИ в диагностике и мониторинге течения и эффективности лечения остеоартроза / А.Я. Вовченко, Я.Б. Куценок, Р.А. Сергиенко // Материалы VIII съезда ортопедов-травматологов Республики Беларусь, (Минск, 16 – 17 октября 2008 г.). – Минск, 2008. – С. 50 – 52.
- Жук П.М. Динаміка анатомо-функціональних змін при вродженій дисплазії кульшових суглобів і профілактика функціональної недостатності опорно-рухового апарата // Дис. докт. мед. наук. — Вінниця, 1995. — 346 с.
- Корольков А.И. Современные технологии лечения врожденного вывиха бедра // Летопись травматологии и ортопедии. – № 1. – 2003. – С. 5–8.
- Корольков А.И. Заболевание тазобедренного сустава у детей с наследственной предрасположенностью: концептуальная модель / А.И. Корольков // Международный медицинский журнал. – 2006. – Т. 12, № 1. – С. 62–65.
- Корольков А.И. Алгоритмизованная система диагностики и лечение врожденного вывиха и подвывиха бедра у детей / А.И. Корольков // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2009. – № 4. – С. 28–34.
- Крюк А.С., Соколовский А.М. Остеотомия таза при врожденных вывихах бедра. – «Беларусь», 1977. – 159 с.
- Куценок Я.Б., Рулла З.Я., Мельник В.В. Врожденная дисплазия тазобедренного сустава. Врожденные подвывихи и вывихи бедра. — К.: Здоров'я, 1992. — 184 с.
- Лосева Г.В., Цытович А.А., Самарин О.И. и др. Особенности эхографии в комплексной диагностике врожденной дисплазии тазобедренного сустава у детей

первого года жизни // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2006. — №3. – С. 130.

- Сіменач Б.І., Снісаренко П.О., Бабуркіна О.П. Синдром артрозуючої деформації, зумовлений спадковою схильністю, клінічні особливості // Ортопедия, травматология. — 2004. — № 3. — С. 95-106.
- Соколовский А.М., Крюк А.С. Хирургическое лечение заболеланий тазобедренного сустава. – Минск: Наука и техника, 1993. – 247 с.
- Цытович А.А., Лосева Г.В., Кинзерский А.Ю. Эхографическая оценка динамики и сроков окостенения проксимального отдела бедренной кости у детей первого года жизни // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2006. — №3. – С. 130.
- Tonnis D. Congenital Dysplasia and Dislocation of the Hip in Children and Adult. — Berlin et al.: Springer-Verlag, 1984. — 461 p.

РЕЗЮМЕ. Мета дослідження. Оцінка результатів консервативного лікування дисплазії кульшових суглобів у дітей до 3 років за даними рентгенографії.

Матеріал та методи. Проведено рентгенологічне дослідження 35 пацієнтів віком від 3 місяців до 3 років з дисплазією кульшових суглобів до і після лікування. Хворих розподілено на 2 групи: I група – від 3 міс. до 1 року — 24 особи, II група – від 1 року 1 міс. до 3 років — 11 осіб. За рентгенограмами проводився аналіз взаємовідношень елементів суглоба, визначення основних рентгенограмометричних показників суглоба: ацетабулярний кут; кут Шарпа; кут Віберга, шийково-діафізарний кут.

Результати дослідження. При рентгенологічному дослідженні в усіх пацієнтів визначались якісні та кількісні ознаки дисплазії. У 15 осіб I групи результати лікування були позитивними. У 9 осіб I групи в процесі лікування зміщення у суглобах повністю не усунене. При аналізі ефективності лікування II групи позитивний результат отриманий лише в 1 дитини. Ще в 1 дівчинки співвідношення у суглобах були відновлені, проте ядра скостеніння голівок стегнових кісток не візуалізувались. У решти 9 дітей конгруентність у суглобах повністю не відновлена. Дані табл. 2 свідчать про те, що значення усіх показників до лікування відхилялись від норми: ацетабулярний кут 25-30° у віці від 3 міс., 18-20° у дітей віком 1-3 роки; кут Шарпа 31-42°; кут Віберга: до 1 року – 7-18°, у 2-3 роки – 20-29°, шийково-діафізарний кут: 1-3 роки – 140-145°. Спостерігається позитивна динаміка рентгенограмометричних показників, виявлена достовірна різниця значень кута Шарпа і кута Віберга в процесі лікування.

Висновки. Консервативне лікування дисплазії кульшових суглобів є найбільш ефективним у дітей віком до 1 року. Своєчасна оцінка динаміки клініко-рентгенологічних показників при дисплазії кульшових суглобів сприяє проведенню успішного, ефективного лікування. За відсутності позитивної динаміки кількісних показників розвитку кульшо-

вого суглоба протягом 1 року необхідно розглядати показання до виконання оперативного лікування.

РЕЗЮМЕ. Цель исследования. Оценка результатов консервативного лечения дисплазии тазобедренных суставов у детей до 3 лет по данным рентгенографии.

Материал и методы. Проведено рентгенологическое исследование 35 пациентов в возрасте от 3 месяцев до 3 лет с дисплазией тазобедренных суставов до и после лечения. Больных разделили на 2 группы: I группа – от 3 мес. до 1 года — 24 чел., II группа – от 1 года 1 мес. до 3 лет — 11 чел. По рентгенограммам проводили анализ соотношения элементов сустава, определение основных рентгенограммометрических показателей сустава: ацетабулярный угол, угол Шарпа; угол Виберга, шеечно-диафизарный угол.

Результаты исследования. На рентгенограммах у всех пациентов определялись качественные и количественные признаки дисплазии. У 15 чел. I группы результаты лечения были позитивными. У 9 чел. I группы в процессе лечения смещение в суставах полностью не устранено. При анализе эффективности лечения пациентов II группы позитивный результат получен только у 1 ребенка. Еще у 1 девочки соотношения в суставах были восстановлены, однако ядра окостенения головок бедренных костей не визуализировались. У остальных 9 детей конгруэнтность в суставах полностью не восстановлена. В процессе лечения наблюдается положительная динамика изменений рентгенограммометрических показателей, выявлена достоверная разница значений угла Шарпа и угла Виберга.

Выводы. Консервативное лечение дисплазии тазобедренных суставов наиболее эффективно у детей в возрасте до 1 года. Своевременная оценка динамики клинко-рентгенологических показателей при дисплазии способствует проведению успешного, эффективного лечения. При

отсутствии положительной динамики количественных показателей развития тазобедренных суставов в течение 1 года необходимо рассматривать показания к выполнению оперативного лечения.

SUMMARY. Materials and methods. X-ray examination was performed in 35 patients aged 3 months to 3 years with hip dysplasia before and after treatment. The patients were divided into 2 groups: Group I — from 3 months to 1 year — 24 people. II group — from 1 year 1 month to 3 years — 11 people. Relationship of the joint elements analyzed by radiographies, the definition of rentgenogrammometric signs: acetabular angle, Sharp angle, Wiberg angle, the neck-shaft angle.

The results of the study. The X-ray investigation showed the qualitative and quantitative features of dysplasia in all patients. At the 15 people of the first group results of treatment were positive. In the 9 people of the first group displacement in the joints are not fully resolved. Efficiency of the treatment in patients of group II a positive result is obtained in 1 child only. Still have one girl congruency in the joints have been restored, but the nucleus of ossification heads of hip are not visualized. The remaining nine children congruency joint completely restored. There is positive dynamics of the rentgenogrammometric indicators changes in the treatment, a significant difference of the angle Sharpe and the angle of Wiberg identified.

Conclusions. Conservative treatment of hip dysplasia is most effective in children under the age of 1 year. Timely assessment of the dynamics of clinical and radiographic parameters dysplasia contributes towards a successful, effective treatment. In the absence of positive dynamics of quantitative indicators of the hip for 1 year should be considered indications for surgical treatment.